

Naturheilpraxis Erber

Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in meiner Praxis.

Die nachfolgenden Daten sind für eine bestmögliche Behandlung von großer Wichtigkeit.

Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Name Vorname

Geb.- Datum

Krankenversicherung

Anschrift

Tel.

E-Mail

Beruf/ Tätigkeit

Blutdruck (falls bekannt)

Größe

Gewicht

Bitte schildern Sie Ihre aktuellen Beschwerden in Stichpunkten:

-

-

-

-

Ernährung & Lebensstil

Ernährungsweise:

- ☐ Mischkost ☐ Ovo-Vegetarisch ☐ Lacto-Vegetarisch ☐ Vegan
- Kaffee: ☐ keinen ☐ <3 Tassen/Tag ☐ >3 Tassen/Tag
 - Alkohol: ☐ keinen ☐ gelegentlich ☐ >täglich ☐ >2×/Woche
 - Rauchen: ☐ ja ☐ nein ☐ aufgehört
- Wenn ja: Menge/Tag: _____ Seit wann? _____
- Schwangerschaft: ☐ ja (Monat: ____) ☐ nein
 - Vorherige Geburten: Anzahl: ____ Art (Zange, Steißgeburt): _____
 - Schnarchen: ☐ ja ☐ nein
 - Atemaussetzer bekannt: ☐ ja ☐ nein
 - Sport: ☐ ja (Art: _____) ☐ nein
 - Schlafstörungen: ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja (Ein/Durchschlafen): Wie viele Nächte pro Woche? _____

Symptom-Checkliste nach funktionellen Körperkreisläufen (bitte ankreuzen)

A) Blutkreislauf

- ☐ Herzrasen
- ☐ Herzstolpern
- ☐ Blutdruckschwankungen
- ☐ Schwindel
- ☐ Kalte Hände/Füße
- ☐ Brustdruck

B) Lymphsystem

- ☐ Wassereinlagerungen
- ☐ Schwellungen
- ☐ Druck-/Schweregefühl
- ☐ Infektanfälligkeit

C) Hormonkreislauf

- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Zyklusveränderungen
- ☐ Stimmungsschwankungen
- ☐ Erschöpfung
- ☐ Gewichtsschwankungen
- ☐ Hitzewallungen/Kältegefühl

D) Nervenkreislauf

- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Migräne
- ☐ Nervosität
- ☐ Stressintoleranz
- ☐ Konzentrationsprobleme
- ☐ innere Unruhe

E) Darm-Mikrobiom

- ☐ Blähungen
- ☐ Durchfall
- ☐ Verstopfung
- ☐ Bauchschmerzen
- ☐ Nahrungsmittelunvertr.
- ☐ Völlegefühl

F) Entgiftung

(Leber/Niere/Haut)

- ☐ Müdigkeit nach fettem Essen
- ☐ Druck im rechten Oberbauch
- ☐ Hautprobleme
- ☐ dunkler Urin
- ☐ morgendliche Übelkeit
- ☐ Geruchsempfindlichkeit

G) Säure-Basen

Regulation

- ☐ Muskelkater ohne Sport
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Gelenkschmerzen
- ☐ Krämpfe
- ☐ Steifheit morgens

H) Wasser-/

Elektrolythaushalt

- ☐ Durst
- ☐ trockene Haut/Schleimhäute
- ☐ Müdigkeit
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Krämpfe

I) Energie/

Mitochondrien

- ☐ Erschöpfung
- ☐ Belastungsintoleranz
- ☐ Brain Fog
- ☐ Muskelschwäche
- ☐ langsame Regeneration

J) Immunsystem

- ☐ häufige Infekte
- ☐ Allergien
- ☐ Autoimmunerkrankungen
- ☐ langwierige Infekte

K) Hautsystem

- ☐ Ekzeme
- ☐ Akne
- ☐ Juckreiz
- ☐ trockene Haut

L) Atemsystem

- ☐ Atemnot
- ☐ Husten
- ☐ Engegefühl
- ☐ Schnarchen

M) Muskel-/Fasziensystem N) Psychoneuroimmunologie (PNI)

- ☐ Verspannungen
- ☐ Rückenschmerzen
- ☐ Gelenkschmerzen
- ☐ Muskelschmerzen
- ☐ Beweg.-Einschränkungen
- ☐ Traurigkeit
- ☐ Antriebslosigkeit
- ☐ Stress
- ☐ Überforderung
- ☐ Stimmungsschwankungen

Weitere medizinische Angaben

Operationen: ☐ ja / ☐ nein

Ort/Jahr: _____

Narben: ☐ ja / ☐ nein

Ort: _____

Bestrahlung: ☐ ja / ☐ nein

Chemotherapie: ☐ ja / ☐ nein

Allergien: ☐ ja / ☐ nein

Welche: _____

Medikamentenunverträglichkeiten: ☐ ja / ☐ nein

Welche: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten: ☐ ja / ☐ nein

Welche: _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen / Infektionen

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Thrombose | ☐ Herzinfarkt | ☐ Schlaganfall |
| ☐ Diabetes | ☐ Lebererkrankung | ☐ Nierenerkrankung | ☐ Asthma |
| ☐ COPD | ☐ Tuberkulose | ☐ Gemütskrankh. | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Blutungsneigung | ☐ Krampfanfälle | ☐ Reizdarm | ☐ Migräne/Kopfschmerzen |
| ☐ chron. Infektionen | ☐ Osteoporose | ☐ Arthrose | ☐ Rheuma |
| ☐ Krebserkrankung | ☐ Glaukom | ☐ EBV/Ebstein Bar | ☐ Windpocken |
| ☐ Röteln | ☐ Masern | ☐ Mumps | ☐ Keuchhusten |
| ☐ Hepatitis | ☐ Corona | | |

Sonstige: _____

Familienanamnese

- ☐ Bluthochdruck ☐ Demenz ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall
☐ Thrombose ☐ Krebs ☐ Allergien ☐ Diabetes
☐ Asthma ☐ COPD

Sonstige: _____

Medikamente / Nahrungsergänzung

Aktuelle Medikamente: _____

Verhütung (Pille/Ring/Spirale): ☐ ja ☐ nein

Nahrungsergänzung (wenn ja welche): _____

Reisen / Impfstatus

Auslandsreisen in den letzten 2 Jahren: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: _____

Corona-Impfung: ☐ ja ☐ nein

Anzahl: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Impfanbieter:

bekannte Impfschäden: _____

Kontakt zu meiner Praxis / Empfehlung durch:

☐ Arzt ☐ Familie ☐ Bekannte(r) ☐ Telefonbuch ☐ Zeitung ☐ Internet ☐ Praxisschild

Kostenübernahme durch Krankenkassen

Therapeutische Leistungen werden grundsätzlich nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Heilpraktiker abgerechnet.

Die Erstattung hängt von Ihren **individuellen Vertragsbedingungen Ihrer Krankenkasse** ab. Bitte informieren Sie sich selbstständig und zeitnah bei Ihrer Versicherung über das erstattungsfähige Leistungsspektrum. Die von mir erstellte Rechnung ist unabhängig von der Erstattung durch Ihre private Krankenversicherung zur Zahlung nach Ausstellung fällig.

Ich weise darauf hin, dass ich zur mündlichen oder schriftlichen Auseinandersetzung mit Ihrer Krankenversicherung **nicht verpflichtet bin.**

Unterschrift: _____ Datum: _____

Kreislauf-Belastungsübersicht (nur von der Therapeutin auszufüllen)

Bewertung:	1 stabil	2 moderat belastet	3 stark belastet
Blut:	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Lymph:	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Hormone:	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Nerven:	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Darm:	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Entgiftung:	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Säure-Basen:	1 ☐	2 ☐	3 ☐
H ₂ O/Elektrl.:	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Energie:	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Immuns.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Haut:	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Atemwege:	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Muskeln	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Faszien:			
Psycho/Neuro	1 ☐	2 ☐	3 ☐

Gesamtanzahl der betroffenen Regelkreisläufe: